

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY CZŁONKA ZARZĄDU POBIERAJĄCEGO WYNAGRODZENIE

1. **Imię (imiona) i nazwisko**
2. **Numer PESEL** (a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)
.....
3. **Obywatelstwo**
4. **Adres zamieszkania:**
Województwo Miejscowość
Ulica i numer domu
Gmina Powiat
Kod pocztowy: Poczta
5. **Oddział NFZ**
6. **Urząd Skarbowy**
7. Numer rachunku płatniczego, jeżeli pracownik nie złożył wniosku o wypłatę wynagrodzenia do rąk własnych
.....

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. POBIERAM / NIE POBIERAM* **emeryturę / rentę***
2. POSIADAM / NIE POSIADAM* orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:
Orzeczenie ważne jest do dnia (proszę wskazać stopień niepełnosprawności oraz okres ważności lub załączyć orzeczenie)

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia niezwłocznie poinformuję na piśmie.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)